



**Katedra psychologických vied
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF
v Nitre**

VÝKAZ Z VÝKONU ODBORNEJ PRAXE

ŠTUDENT

Meno a priezvisko:

Názov a sídlo školy:

Ročník a stupeň štúdia:

ORGANIZÁCIA

Názov a sídlo organizácie:

Meno a priezvisko sprievodcu praxe:

Telefónny kontakt sprievodcu praxe:

OBDOBIE ABSOLVANIA PRAXE

Dátum nástupu na prax:

Dátum ukončenia praxe:

Počet hodín praxe:

VYKONANÁ PRÁCA

Dátum	POPIS ČINNOSTÍ / ZA KAŽDÝ DEŇ (VYPLNÍ ŠTUDENT)	Počet hodín	Podpis sprievodcu praxe

(poznámka: v prípade potreby využite ďalšiu voľnú stranu)

STRUČNÉ HODNOTENIE ČINNOSTI ŠTUDENTA POČAS VÝKONU ODBORNEJ PRAXE:

--	--

Dátum

Podpis sprievodcu praxe